AUS DEM FRAUENSPITAL BASEL-STADT
(DIREKTION: PROF. O. VON HERFF)

ÜBER VORDERHAUPTSLAGEN

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER
UNIVERSITÄT BASEL

VORGELEGT VON

ALEXANDER KAISER
AUS TOMSK (SIBIRIEN)

BASEL
FRIEDRICH REINHARDT, UNIVERSITÄTS-BUCHDRUCKEREI
1914.

AUS DEM FRAUENSPITAL BASEL-STADT
(DIREKTION: PROF. O. VON HERFF)

ÜBER VORDERHAUPTSLAGEN

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER
UNIVERSITÄT BASEL

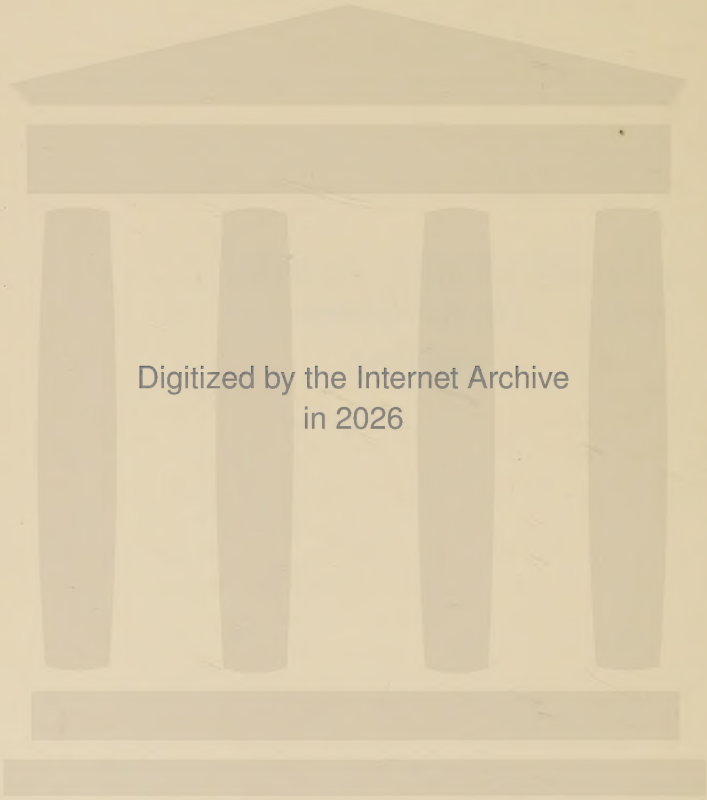
VORGELEGT VON

ALEXANDER KAISER
AUS TOMSK (SIBIRIEN)

BASEL
FRIEDRICH REINHARDT, UNIVERSITÄTS-BUCHDRUCKEREI
1914.

Von der medizinischen Fakultät Basel genehmigt
auf Antrag von Professor O. v. HERFF.

Meinem lieben Freunde
Dr. H. Hammer
gewidmet.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/ubervorderhaupts0000alex_m3e1

Die zweite Drehung bei der normalen Geburt besteht darin, dass das Hinterhaupt unter der Wirkung der Kräfte, die den Mechanismus der Geburt beeinflussen, sich nach vorne dreht. Diese Drehung besteht also in einem Haltungswechsel des Kopfes innerhalb der Bauchhöhle. Sie sollte daher «Stellungsdrehung» benannt werden.

In gewissen Fällen dagegen erfolgt diese Drehung in umgekehrter Richtung, d. h. das Hinterhaupt dreht sich nach hinten, das Vorderhaupt nach vorne. Bei diesen Geburten mit rückwärts gerichtetem Hinterhaupt unterscheidet man zwei klinisch ziemlich scharf getrennte Typen: So sind die Geburten, bei welchen der Kopf in stark gebeugter Haltung den Geburtskanal passiert, zusammenzufassen und denen gegenüberzustellen, bei welchen er in militärischer Haltung oder selbst in mässiger Streckung durch das Becken geht. Die Ursache der ersten Form, auch hintere Hinterhauptslage benannt, liegt darin, dass der Kopf zu Anfang in stärkere Beugehaltung eintritt. Der Kopf gelangt in dieser Haltung in den Beckenausgang, den er nur überschreiten kann, wenn er noch imstande ist die dritte Hauptbewegung, die Haltungsdrehung auszuführen. Wenn nicht ganz besonders günstige räumliche Verhältnisse vorhanden sind, wird der Austritt des Kopfes, trotzdem die gleichen Kopfebenen, wie bei Hinterhauptslage (kleiner Umfang von 32 cm und Suboccipitofrontaldiameter von 9,5 cm) in Funktion treten, sehr erschwert werden, weil eine ausgiebigere Aenderung der Haltung, hier also eine stärkere Beugung, wenn überhaupt so doch nur wenig möglich sein wird. Die Geburt wird gelegentlich dadurch erschwert, selbst verunmöglicht, dass sich das Vorderhaupt auf dem vorderen Beckenhalbring, dem horizontalen Schambeinast, aufstützt. Ein Hindernis, das von den Geburtskräften nur mit

Mühe, wenn überhaupt überwunden werden kann, da sie mit Druck arbeiten. Da bei dieser Lage das Hinterhaupt tief steht, so befindet sich die grosse Fontanelle am unteren Rande der Symphyse. Deshalb fühlt man mit dem untersuchenden Finger nur die kleine Fontanelle (etwas sacralwärts von der Mitte). Die Kopfgeschwulst sitzt etwa an der gleichen Stelle, wie bei den normalen Geburten. Sie ist aber in diesem Falle gewöhnlich etwas grösser, weil grössere Widerstände zu überwinden sind; sie breitet sich über einen Teil des Scheitelbeines aus. Was die Konfiguration des Kopfes anbelangt, so ist er im Frontooccipitaldurchmesser verlängert, wobei zuweilen das Hinterhauptbein und die Schläfenbeine unter die Scheitelbeine verschoben werden. Aber das sind glücklicherweise seltene Ausnahmen.

Ein entschieden verändertes Bild entsteht, wenn der Kopf in militärischer Haltung durch das Becken tritt. Freilich sind die Widerstände grösser, dafür steht aber noch Spielraum für die Haltungsdrehung zur Verfügung. Der Kopf tritt durch den Geburtskanal mit dem Planum frontooccipitale oder parietale posterius von 34 cm. Dadurch wird der Verlauf der Geburt ziemlich erschwert. Unter der Symphyse steht nun ein Punkt des Kopfes zwischen dem Stirnwinkel der grossen Fontanelle und Nasenwurzel, weshalb der untersuchende Finger in der Mitte des Beckens die grosse Fontanelle fühlt, während die kleine entweder überhaupt nicht zu fühlen, oder schwer zu erreichen ist. Die Kopfgeschwulst sitzt in der Umgebung der grossen Fontanelle, der Frontooccipitaldurchmesser des Kopfes ist verkürzt und der Höhendurchmesser entsprechend vergrössert. Diese brachycephale Form des Kopfes, welche die Folge der Geburt ist, gleicht sich in den nächsten Tagen nach der Geburt aus.

Ueber die Geburten mit nach hinten gerichtetem Hinterhaupt berichtet Bidder, als Résumé der Ansichten der Literatur und seiner eigenen Erfahrung, folgendes: «Auf der einen Seite wird geschildert, dass beim Austritt sich der obere Teil der Stirn am Schambogen anstemmt und das Hinterhaupt zuerst über

dem Damm geboren wird, worauf dann Stirn und Gesicht unter dem Schambogen zum Vorschein kommen. Hierbei erfolgt eine Kompression des Schädels in der Richtung des kleinen schrägen Durchmessers, die Kopfgeschwulst sitzt auf den hinteren Partien der Scheitelbeine, die Stirnbeine sind abgeplattet, der Kopf ist verlängert.

Auf der anderen Seite stehen diejenigen Lagen, bei denen der untere Teil der Stirn (die Gegend des Margo supraorbitalis oder der Nasenwurzel) sich unter der Symphyse anstemmt und nun gleichzeitig mit dem über dem Damm austretenden Hinterhaupt das Gesicht hinter der Symphyse austritt.» Bidder erklärt den Sitz der Geschwulst im Bereiche der grossen Fontanelle, wie die brachycephale Form des Kindeskopfes, als Folge dieser Verhältnisse.

Auf diese Weise sind zwei Arten von Geburten mit rückwärts gerichtetem Hinterhaupt ziemlich scharf charakterisiert worden.

Während über das Vorkommen der genannten zwei Formen von diesen Geburten in der Literatur eine vollkommene Uebereinstimmung herrscht, gehen die Ansichten über ihre Benennung (Nomenklatur) weit auseinander. Bidder nennt die erste Form — Hintere Hinterhauptslage, die zweite Vorderscheitellage. Müller hält sich auch an diese Nomenklatur. Ebenso ist auch die von Bumm in seinem Lehrbuch der Geburtshilfe angegebene Benennung. Er nimmt die erste Form als eine Variante der normalen Hinterhauptslage an, während er die zweite Form zur Gruppe der sogenannten Deflexionslagen zählt. Prof. von Herff schliesst sich gegenwärtig A. Müller an und spricht von Hintere-Hinterhauptslage. Viele Autoren aber, wie Gustav Braun, Schröder, von Winckel, früher auch Prof. von Herff, Fritsch, Hecker, Zweifel, Runge und insbesondere J. Veit sind Gegner dieser Trennung in der Benennung der Geburten mit rückwärts gerichtetem Hinterhaupt: sie fassen alle Rückwärtsdrehungen des Occiput als Vorderhauptslagen zusammen.

Die Trennung der Vorderhauptslage, wie es Bidder,

Müller und Prof. von Herff vorgeschlagen haben, in zwei gesonderte Lagen, beruht, nach J. Veit, hauptsächlich auf vorübergehenden Momenten, wie z. B. der Lage der grossen Fontanelle und Konfiguration des Kopfes — Momente, welche ihrer Meinung nach keine Veranlassung geben können, eine besondere Lage zu konstruieren. In praktischer Hinsicht hat nach J. Veit die Unterscheidung der Hinteren-Hinterhauptslage von Vorderhauptslage auch keine Bedeutung, da die Art und Weise der Anlegung der Zange dadurch nicht beeinflusst wird. Professor von Herff anerkennt dies nicht, denn nicht nur im Geburtsmechanismus, sondern auch in praktischer Hinsicht muss man beides trennen. So ist die Zangenextraktion bei der Hinteren-Hinterhauptslage oft sehr schwer und bedarf besonderer Anlegung, wie sie Prof. von Herff im Anschluss an E. Kehrer zu lehren pflegt.

Wir können also die Vorderhauptseinstellung, je nach der Haltung des Kopfes, als « günstige » (militärische Haltung) oder ungünstige (gebeugte Haltung) bezeichnen.

Die Zahl der Geburten in Vorderhauptseinstellung ist von den Autoren verschieden angegeben worden. Viele berechneten die Prozentzahl der Geburten dieser Art auf mehr als 1%, andere dagegen geben viel kleinere Prozentverhältnisse an. Hecker rechnet 1 Geburt in Vorderhauptslage auf 67 Geburten, also 1,5%. Diese Prozentzahl stimmt mit den Angaben von Beumer und Peiper überein. Nach Kehrer und von Winckel ist diese Prozentzahl etwas zu hoch gegriffen.

Eine von Otto v. Weiss vorgenommene Statistik ergab auf 19,000 klinische Geburten 99 Rückwärtsdrehungen des Occiput, d. h. 1 Vorderhauptslage unter 191 Geburten (0,53%); 66 Fälle waren dabei ungünstig (0,35%) und 33 günstig (0,18%). Die Resultate Bidders stimmen mit jenen von v. Weiss nahezu vollständig überein. Er hat unter 29 800 Geburten 152 Vorderhauptslagen beobachtet, was 0,51 % entspricht. 125 Fälle (0,42%) waren ungünstig und 27 (0,09%) günstig.

In unserer geburtshilflichen Anstalt sind im Laufe von

14 Jahren (1899–1912) auf 20 199 klinische Geburten 183 Fälle in Vorderhauptslage zu verzeichnen. Auf 110 klinische Geburten kommt eine Geburt in Vorderhauptslage vor = 0,90%. Diese Fälle verteilen sich in 148 «ungünstige» = 0,73% und 35 «günstige» = 0,17%.

Als Hauptursache der umgekehrten Haltungsdrehung des Kopfes werden heutzutage die Beziehungen des muskulären Beckenbodens gegenüber dem anrückenden Kopf angesehen. Bei normaler mittlerer Kopfgrösse wirkt die Diafragmamuskulatur auf den Kopf so ein, dass das Hinterhaupt sich nach vorne dreht. Jener Abschnitt, der zuerst die schräge Ausgangsebene trifft, wird von dieser nach vorne abgelenkt. Bei Hinterhauptslage ist dies das Hinterhaupt.

Bei kleiner Kopfgrösse oder bei II. Stellung, wenn schon normalerweise der Rücken nebst Hinterkopf etwas nach hinten schaut, kommt, wie die alltägliche Erfahrung lehrt, eine umgekehrte Drehung im Sinne der Vorderhauptslage zustande.

Die hintere Hinterhauptslage kann bei normalgrossem Kopf besonders durch Widerstand der seitlichen Beckenwand eingeleitet werden. Solches ist z. B. bei engem Becken, bei Vorfall eines Armes u. dgl. möglich. In diesen Fällen kann sich die Stirne gegen den vorderen Beckenhalbring anstemmen und den Standwechsel, d. h. die fortschreitende Bewegung, geradezu verunmöglichen, die Geburt kommt ins Stocken.

Dass das kleine Kopfmass, besonders bei sehr günstigen räumlichen Verhältnissen — also kleines Kind und weites Becken —, eine Disposition zur umgekehrten Drehung des Kopfes abgibt, darauf haben schon Naegele, Kilian, v. Ritger u. a. hingewiesen. Späterhin wurde diese Tatsache in zahlreichen statistischen Abhandlungen bestätigt.

So fand z. B. Hecker unter 259 Vorderhauptslagen in 57,7% der Kinder das Mass des Kopfes unter Mittelgrösse, v. Weiss unter 99 Vorderhauptslagen 41,4% der Kinder nicht ausgetragen. Die Daten des Basler Frauenspitals stimmen ungefähr mit denen des letzten Autors überein. Von 179 nach der

Geburt gewogenen Kindern zeigen 82 = 46.31% nicht das normale Gewicht, wie beistehende Tabelle zugibt:

Gewicht	Gebeugte Haltung	Militär. Haltung	Summa	%
1000—2000	18	1	19	
2000—2700	32	4	36	
2700—3000	18	8	27	
	69	13	82	46,31
3000—3500	50	16	66	
3500—4000	22	4	26	
4000—4500	4	1	5	
	76	21	97	53,69

Von 172 Kindern betrug der Kopfumfang in 72 Fällen = 45,35% weniger als 34 cm.

Umfang des Kopfes	Gebeugte Haltung	Militär. Haltung	Summa	%
20 —25 cm	1	—	1	
25 —30 „	13	1	14	
30 —32,5 „	20	7	27	
32,5—33,5 „	30	6	36	
	64	14	78	45,35
34 cm	35	7	42	
34—35 „	23	12	35	
35—37 „	15	2	17	
	73	21	94	54,65

Auch die Länge der Kinder war in 81 = 45,00% von 180 angegebenen Fällen kleiner als 48 cm:

Länge	Gebeugte Haltung	Militär. Haltung	Summa	%
35—48 cm	72	9	81	45,00
48—57 „	74	25	99	55,00

Die Tatsache, dass ein kleiner Kopf bei gegebenen günstigen räumlichen Widerständen eine Dispotition zur Entstehung der Vorderhauptslage abgibt, erklärt auch die Häufigkeit der Vorderhauptslage bei Zwillingsgeburten. Nach der v. Winckelschen Statistik waren unter 105 Voderhauptslagen 12 Zwillingsgeburten = 11,4%. Unter den 61 von Kehrer veröffentlichten Vorderhauptslagen waren 6 Zwillingsgeburten = 9,9%. Unter den 99 von v. Weiss veröffentlichten Fällen befinden sich 6 Zwillingsgeburten = 6,06%.

In dem hiesigen Frauenspital sind unter 181 Vorderhauptslagen 22 Zwillingsgeburten zu verzeichnen = 12,15%. Von den 22 Zwillingsgeburten befand sich 10 mal das erste Kind in Vorderhauptslage, 10 mal das zweite Kind, und 2 mal sind beide Kinder in Vorderhauptslage geboren.

Einige Autoren haben darauf hingewiesen, dass die Vorderhauptslage öfter bei Mädchen als bei Knaben vorkomme. Das erklärten sie damit, dass der Kopf eines Mädchens kleiner sei, als der eines Knaben. Auch das hat in unserer Statistik eine Bestätigung gefunden. Von 183 Kindern waren 71 Knaben und 112 Mädchen. Die Zahl der Mädchen macht also 61,04% aller Kinder aus.

Auch der schlaffe Beckenboden der Multiparen wurde von einigen Autoren, so z. B. von Winckel und Hecker, als eines der disponierenden Momente für die Entstehung der Vorderhauptslage angegeben, was übrigens Otto v. Weiss nicht zu bestätigen vermochte. Auf Grund unserer Statistik kommen

wir zu demselben Schlusse wie von Winckel und Hecker. Auf 71 Erstgebärende sind nämlich in unserem Spital 110 Mehrgebärende zu verzeichnen.

	Gebeugte Haltung	Militär. Haltung	Summa	%
Erstgebärende	55	16	71	39,22
Mehrgebärende	91	19	110	60,88
	146	35	181	

Schon im Anfange der vorliegenden Abhandlung haben wir hervorgehoben, dass die zweite Stellung auch eine Disposition zur Vorderhauptslage gibt, da bei ihr der Hinterkopf und Rücken des Kindes etwas nach hinten gerichtet sind. Deshalb ist die Drehung des Hinterhaupts nach hinten viel leichter als nach vorne, da der Drehungswinkel nach hinten kleiner ist.

Kehrer gibt das Verhältnis der I. zur II. Stellung mit 100 : 189 an. Bei Hecker beteiligen sich I. und II. Vorderhauptslage im Verhältnis von 100 : 110. Otto von Weiss gibt 100 : 136 an. Unsere Beobachtungen ergaben folgendes:

	Gebeugte Haltung	Militär. Haltung	Summa	%
I. Stellung	66	14	80	43,72
II. Stellung	82	21	103	56,28
	148	35	183	

Das Verhältnis der I. zur II. Stellung ist also 100 : 129.

Das Bild der Geburt bei Vorderhauptslage gestaltet sich verschieden. Wir begegnen einerseits vorwiegend bei der ungünstigen gebeugten Haltung den schon oben erwähnten Bedingungen, die den Geburtsverlauf erschweren, anderseits haben wir es ja in einer grossen Zahl der Fälle mit kleinen Köpfen zu tun. Da die Dauer der Austreibungsperiode den besten Massstab für die Schwierigkeit des Geburtsverlaufes ceteris paribus abgeben kann, so fügen wir aus 133 ungünstigen und 32

günstigen Fällen unserer Beobachtungen hierfür die Resultate bei.

So dauerte die Austreibungsperiode bei gebeugter Haltung des Kopfes

	Mehrgebär.	Erstgebär.	Summa	%
bis 1 Stunde	57	12	69	51,88
„ 2 Stunden	8	12	20	
„ 3 „	6	6	12	
„ 4 „	4	3	7	
mehr als 4 „	7	18	25	18,80
	82	51	133	

Bei der militärischen Haltung des Kopfes:

	Mehrgebär.	Erstgebär.	Summa	%
bis 1 Stunde	12	5	17	53,12
„ 2 Stunden	2	2	4	
„ 3 „	2	1	3	
„ 4 „	—	2	2	
mehr als 4 „	3	3	6	
	19	13	32	

Wir sehen also, dass bei der grössten Zahl der Vorderhauptslagen die Dauer der Austreibungsperiode eine Stunde nicht überwiegt. Die Dauer dieser Periode von 2 bis 4 Stunden ist nur bei einem kleinen Teil der Fälle beobachtet worden. Da gegen erhebt sich die Zahl der Fälle mit mehr als vier Stunden dauernder Austreibungsperiode. Das erklärt sich dadurch, dass der kleine Schädel, trotz dem ungewöhnlichen Mechanismus, rasch und spontan den Beckenkanal passiert; ist aber der Kopf normal gross, so bietet der erschwerte Mechanismus eine langwierige Geburt, die oft zu operativen Eingriffen zwingt und Zerreissungen der Weichteile, resp. Dammrisse bedingt. Wie aus der beistehenden Tabelle zu ersehen ist, wurde unter unseren 181 Fällen 11 mal Episiotomie ausgeführt und 52 Kreissende erlitten bei der Geburt Dammrisse:

	Dammrisse	%	Episiotomie	%
146 ungünst. Fälle	39	26,56	10	6,88
35 günst. „	13	37,14	1	2,85
181	52	29,22	11	6,11

Zangenextraktionen bei Vorderhauptslage waren im Basler Frauenspital (im Vergleich zu den Ergebnissen verschiedener Autoren) in einem relativ geringen Bruchteil der Fälle ausgeführt.

	Zahl der Fälle	Zangenanlage	%
Gebeugte Haltung	146	16	10,95
Militär. Haltung	35	7	20,00
Summa	181	23	12,70

Die allgemeine Zangenfrequenz beträgt am Frauenspital um 1%, 1913 = 0,8%. Die Vorderhauptslage indiciert zweifellos sehr viel häufiger eine Zange, zumeist wegen Asphyxiegefahr des Kindes.

Während bei uns nur 12,70% Zangenextraktionen zu verzeichnen sind, gibt Otto v. Weiss 58% bei günstiger militärischer Haltung und 27% bei ungünstiger an. Kehrer und v. Winckel haben 20% angegeben, nur Hecker kam fast zu derselben Zahl (13,50%) wie wir.

Von anderen Operationen bei Vorderhauptslage ist die Pubeotomie einmal in unserem Frauenspital mit gutem Erfolg ausgeführt worden, und einmal Perforation des toten Kindes.

Zum Schluss möchte ich einige Angaben über die Mütter- und Kindersterblichkeit bei der Vorderhauptslage in unserem Frauenspital zusammenstellen. Während der Geburt haben wir eine Kreissende verloren. Die Autopsie ergab perniziöse Anaemie, chronische Endokarditis, Arteriosklerose und schwielige Myokarditis. Eine Kreissende erlag im Wochenbette der Eklampsie. Wir haben also 1,1% Mortalität der Mütter. Aber die beiden angegebenen Todesfälle können mit dem Geburtsmechanismus nicht in Beziehung gebracht werden. Nach Hecker ist die Mortalität der Mütter auch nicht höher, ja sogar niedriger als bei normalem Mechanismus (1,2% gegen 1,5%).

Von 183 Fällen verloren wir 9 Kinder (4,8%). Zwei Kinder können nicht mitgerechnet werden, weil sie maceriert waren und ihr Tod mit dem Geburtsmechanismus nichts zu tun hatte. Von diesen neun Kindern gingen 6 an Asphyxie zugrunde, zwei sind am zweiten Tag nach der Geburt an Adynamie gestorben, ein Kind, das mit der Zange entwickelt worden war, starb einige Stunden nach der Geburt unter der Erscheinung starker Blutung aus dem rechten Ohr und aus der Nase. Im Vergleich mit anderen Statistiken ist die Mortalität der Kinder bei Vorderhauptslage in dem Basler Frauenspitale eine geringe. Hecker verlor von 242 Kindern die intra partum noch Lebenszeichen zeigten, 9%. Nach v. Winckel beträgt die Mortalität der Kinder während der Geburt bei Vorderhauptslagen 15% gegen 2,5—3,1% Kinderverluste bei regelmässiger Drehung.

In von Stumpf beobachteten Fällen starben 22% der Kinder.

Ungünstige Art von

Laufende Nr.	Journal-Nr.	Geschlecht des Kindes	Dauer der Schwangerschaft	Wievielte Geburt	Beckenmass			Kindermass					
					Dist. Spinata	Dist. Cristata	Conjug. externa	Kopfmass			Umfang des Kopfes	Länge des Kindes	Gewicht
								Gerader Durchmesser	Gross. querer	Kl. querer			
1	1899 748	Knabe	IX Mon.	I	25,5	27	18	12	10	7	37	51	4220
2	933	„	IX „	II	25	28	19,5	11	9	7	33	48	2300
3	1080	Mädch.	IX „	IV	—	—	—	11,5	9	7	33	50	3480
4	1122	„	IX „	IV	23,5	29,5	—	12	8,5	9,5	36	52	3500
5	1900 38	Knabe	VII „	II	26	29	20	8,3	7	5	26	37	1470
6	208	„	IX „	I	26	30,5	—	12	9	7	36	53	3620
7	213	Mädch.	Ende IX	I	26,5	28,5	20,5	12	9	7	36	43	3300
8	245	Knabe	„ IX	I	23,5	27	—	11	9	7	34	48	2550
9	253	Mädch.	IX Mon.	II	29,5	30	—	11	9	7	35	48	3080
10	514	„	X „	I	24,5	26	—	10,5	9	8	33	50	2930
11	834	Knabe	IX „	II	25	29	—	11	9	7	34	44	3010
12	976	Mädch.	Ende X	I	21	25	—	11,5	9	6	34	51	4250
13	1901 8	Knabe	X Mon.	I	24	27,5	—	12	9	7,5	33	48	3000
14	289	„	X „	II	32	32	—	11	9	7	34	48	2760
15	730	Mädch.	X „	I	27	29	—	10	8,5	7	34	48	—
16	734	Knabe	IX „	I	25	27,5	19 5	10	8	6	33	48	2530
17	758	Mädch.	Ende X	III	26	30	19,5	11	9	7	34,5	51	3100
18	816	„	X Mon.	V	—	—	—	—	—	—	—	51	3720
19	887	„	Ende IX	II	27,5	30	20	10	8	7	23	47	2600
20	1902 190	„	„ IX	XIII	27	30	21	11	9	8	36	53	3790
21	471	„	„ IX	II	25	28	20	10	8	7	32	50	2800
22	651	Knabe	MitteXIII	I	24	26,5	18,5	6	5,5	5	25,5	37	1020
23	691	Mädch.	IX Mon.	I	27	28	21,5	10	8,5	8	32,5	48	3320
24	962	Knabe	frühreif	III	26,5	29,5	20,5	10	8,5	7	32	48	2880
25	1903 121	„	reif	III	26	29	21	10	11	11	34	50	3650
26	127	Mädch.	Mitte X	I	26	29	21	9,5	8	7	31,5	47	2520
27	140	Knabe	reif	VII	26	28,5	21,5	11	9	7	34	48	2820
28	273	„	IX Mon.	II	26	31	21	11	9	7,5	33	48	2410
29	382	Mädch.	reif	III	26	29	21	11	9	7,5	33	48	2700
30	417	„	„	IV	27	29	21,5	11	8,5	7,5	33	48	3270
31	453	„	IX Mon.	I	25	29	20	—	—	—	—	44	—
32	536	Knabe	reif	IX	-	–	–	11,5	9	8	35	50	2645
33	583	Mädch.	„	II	25	28	20,5	11	9	8	33,5	48	2910
34	819	Knabe	„	II	27	29	20	12	9	7	34	52	3850

Vorderhauptslage.

Geburtsdauer			Geburtsverlauf				Bemerkungen
Eröffnungsperiode	Austreibungsperiode	Nachgeburtsperiode	Stellung des Kindes	Verhalten der Wehen	Verletzungen	Operationen	
8 St. 55 M.	6 St. 10 M.	— St. 25 M.	I	schwach	Dammriss	Zange	
16 „ 30 „	4 „ 55 „	— „ 25 „	II	kräftig	keine	keine	
19 „ 40 „	— „ 55 „	— „ 25 „	II	„	„	„	
		1 „ 10 „	II	„	„	„	
		— „ 30 „	II	„	„	„	
48 „ — „	4 „ 15 „	— „ 25 „	II	schwach	Dammriss	Zange	
24 „ — „	5 „ 45 „	— „ 25 „	I	„	„	„	
5 „ 50 „	— „ 50 „	1 „ 10 „	II	kräftig	keine	keine	
20 „ 15 „	— „ 15 „	— „ 45 „	II	„	„	„	
7 „ 30 „	2 „ 40 „	— „ 10 „	II	„	„	Zange	
4 „ 30 „	— „ 5 „	— „ 35 „	II	„	„	keine	
— „ 40 „	5 „ 20 „	— „ 15 „	I	schwach	Dammriss	Zange	
	— „ 50 „	— „ 35 „	I	kräftig	keine	keine	
		— „ 40 „	II	„	Dammriss	„	
2 „ — „	9 „ 40 „	— „ 55 „	II	schwach	„	„	
7 „ 30 „	6 „ — „	— „ 35 „	I	„	„	Zange	
3 „ 10 „	— „ 35 „	— „ 40 „	II	kräftig	keine	keine	
5 „ — „	1 „ — „	1 „ 10 „	II	„	Dammriss	„	
10 „ 35 „	1 „ 25 „	— „ 30 „	I	„	keine	„	
9 „ 5 „	1 „ — „	— „ 35 „	II	„	„	„	
7 „ 30 „	— „ 10 „	— „ 10 „	I	„	Dammriss	„	
	— „ 5 „	— „ 25 „	I	„	keine	„	Kind an Adynamie gestorben
19 „ 30 „	1 „ 45 „	1 „ 15 „	I	„	„	„	
3 „ 30 „	— „ 10 „	— „ 50 „	II	„	„	„	
	1 „ 25 „	— „ 20 „	I	„	„	Episiotomie	
2 „ — „		1 „ — „	I	„	„	keine	
29 „ 15 „	— „ 20 „	— „ 50 „	I	„	„	„	
		1 „ — „	II	„	„	„	
17 „ 15 „	1 „ 25 „	— „ 40 „	I	„	„	„	
3 „ 5 „	— „ 45 „	— „ 10 „	II	„	„	„	
6 „ 33 „	6 „ 55 „	2 „ 20 „	II	„	„	„	Kind tot, Maceriert.
1 „ 5 „	1 „ — „	„ 30 „	II	„	„	„	Mutter gestorben, Anämie, Herzf.
12 „ 30 „	— „ 25 „	— „ 30 „	II	„	Dammriss	„	
4 „ 30 „	12 „ 15 „	1 „ — „	I	„	keine	„	

Laufende Nr.	Journal-Nr.	Geschlecht des Kindes	Dauer der Schwangerschaft	Wievielte Geburt	Beckenmass			Kindermass					
					Dist. Spinata	Dist. Cristata	Conjug. externa	Kopfmass			Umfang des Kopfes	Länge des Kindes	Gewicht
								Gerader Durchmesser	Gross. querer	Kl. querer			
35	1903 859	Mädch.	reif	II	29	32	22	11	9	8	34	48	3500
36	1102	„	„	V	26	29,5	20,5	11	9	8	34	50	3100
37	1904 25	„	„	I	25,5	29	20,5	11	8,5	7,5	34	51	3450
38	158	Knabe	„	II	25	28,5	20,5	11	9	7,5	34	48	2580
39	317	Mädch.	frühreif	I	23	26	19	10	8	7,5	29	46	2520
40	706	„	reif	II	27,5	30	20,5	11	9	8	34	43	2900
41	1905 6	„	künstliche Frühgeburt	II	21	26	20	—	—	—	—	48	2820
42	29	„	frühreif	V	27	29	19	11	9	6	32	46	2500
43	45	Knabe	reif	III	25	28	19,5	12	9,5	8,5	34	—	3950
44	155	Mädch.	„	III	26	28	20	10,5	9	8	33	50	3150
45	802	„	„	I	25	28,5	20	12	9	8	35	48	3100
46	813	„	„	IV	28	31	20,5	12	9	8	34	52	4220
47	1906 10	„	„	I	26	27	19,5	-	-	—	—	52	3300
48	120	Knabe	„	V	27	29,5	19,5	12	9	8,5	34	52	3720
49	152	Mädch.	IX Mon.	II	24	28	21	12	9	8	35	50	3550
50	204	Knabe	reif	III	26	28,5	21	11	9	8	34	50	3400
51	269	Mädch.	frühreif	I	25	27,5	18,5	11	8,5	7,5	33	46	2570
52	334	„	„	II	26	29	19,5	12	8,5	7,5	35	47	2820
53	419	Knabe	reif	II	24,5	26,5	19	12	9,5	8	36	49	3270
54	539	„	IX Mon.	II	25,9	28,5	19,5	11,5	8,5	7,5	34	48	2720
55	573	Mädch.	reif	I	25	29,5	18	11	9	8	33	50	3280
56	818	„	„	III	26,5	28,5	19	11,5	9	7,5	34	50	3590
57	955	Knabe	frühreif	I	28	31,5	21	9	7,5	6,5	28	40	1460
58	989	Mädch.	reif	II	26	30	20	11	9,5	8	34	48	3070
59	1233	„	„	IV	26	29,5	22	11	9,5	6	34	50	3170
60	1907 135	Knabe	„	I	27	31	22	10,5	8,5	6,5	33	49	3200
61	141	Mädch.	„	III	25	28	20	12,5	9,5	8,5	35,5	52	4570
62	188	„	„	III	23	27	20	12	9	8	33	49	3200
63	214	„	„	IV	23	26	19	12	9,5	8	35	50	3300
64	546	Knabe	IX Mon.	II	25	28	19,5	10,5	9	8	32	48	2890
65	914	Mädch.	reif	III	24	28	19	12	9	8	35	50	3200
66	1130	„	„	III	24,5	27	19	11	8,5	7	35	48	3110
67	1154	„	„	I	26	29	19	11,5	9	8	35	48	3050
68	1188	„	„	XIII	26,5	30,5	19,5	11	9	7	34	—	—
69	1908 158	Knabe	frühreif	I	—	—	—	10,5	9	8	33	48	2550
70	168	Mädch.	IX Mon.	II	26	30	20	11	9	8	34	52	3620

Geburtsdauer			Geburtsverlauf				Bemerkungen
Eröffnungsperiode	Austreibungsperiode	Nachgeburtsperiode	Stellung des Kindes	Verhalten der Wehen	Verletzungen	Operationen	
2 St. 40 M.	1 St. 5 M.	1 St. 10 M.	I	kräftig	keine	keine	
10 „ 30 „	1 „ — „	— „ 40 „	II	„	„	„	
28 „ — „	4 „ 55 „	— „ 5 „	II	„	„	„	
5 „ — „	— „ 15 „	1 „ 30 „	II	„	„	„	
6 „ 15 „	— „ 50 „	1 „ 10 „	I	„	„	„	
2 „ 10 „	— „ 20 „	1 „ — „	I	„	„	„	
	4 „ 15 „	— „ 10 „	II	„	Dammriss	Zange	
		1 „ 45 „	II	„	keine	keine	
7 „ 15 „	2 „ 10 „	— „ 20 „	I	„	Dammriss	„	
27 „ — „	1 „ 45 „	1 „ 40 „	II	„	keine	„	
	13 „ 10 „	— „ 10 „	I	mässig	Dammriss	Zange	
4 „ — „	— „ 15 „	— „ 25 „	II	kräftig	„	keine	
	2 „ 30 „	— „ 5 „	II	„	keine	Perforation	Kind tot.
1 „ — „	1 „ — „	1 „ 30 „	I	„	„	keine	
2 „ 10 „	2 „ 15 „	— „ 10 „	II	„	„	„	
3 „ 55 „	1 „ 35 „	— „ 45 „	II	„	„	„	
4 „ — „	— „ 25 „	1 „ — „	I	„	Dammriss	„	
22 „ 15 „	— „ 5 „	— „ 25 „	I	„	keine	„	
6 „ 45 „	— „ 15 „	— „ 10 „	I	„	„	„	
4 „ 25 „	— „ 35 „	— „ 20 „	II	„	„	„	
16 „ — „	2 „ 35 „	1 „ 5 „	II	„	Dammriss	„	
13 „ 35 „	— „ 20 „	1 „ — „	I	„	keine	„	
18 „ 45 „	— „ 20 „	2 „ 20 „	I	„	„	„	Kind tot. Asphyxie.
4 „ 20 „	— „ 5 „	— „ 40 „	II	„	„	„	
8 „ 30 „	— „ 2 „	1 „ 8 „	I	„	„	„	
70 „ — „	1 „ 30 „	— „ 2 „	I	schwach	„	Episiotomie	
15 „ — „	— „ 30 „	— „ 10 „	II	kräftig	Dammriss	keine	
3 „ 35 „	— „ 5 „	1 „ — „	I	„	keine	„	
6 „ — „	2 „ 45 „	— „ 15 „	II	„	„	„	
— „ 12 „	— „ 15 „	— „ 10 „	II	„	Dammriss	„	
2 „ 15 „	— „ 15 „	— „ 25 „	I	„	keine	„	
	6 „ 20 „	1 „ 20 „	I	„	„	„	
14 „ — „	2 „ 55 „	— „ 35 „	I	„	„	Episiotomie	
8 „ 15 „	— „ 35 „	— „ 30 „	II	„	„	keine	
15 „ — „	— „ 55 „	— „ 20 „	II	„	Dammriss	„	
11 „ 40 „	— „ 40 „	— „ 20 „	II	„	„	„	

Laufende Nr.	Journal-Nr.	Geschlecht des Kindes	Dauer der Schwangerschaft	Wievielte Geburt	Beckenmass			Kindermass					
					Dist. Spinata	Dist. Cristata	Conjug. externa	Kopfmass			Umfang des Kopfes	Länge des Kindes	Gewicht
								Gerader Durchmesser	Gross. querer	Kl. querer			
71	1908 196	Knabe	IX Mon.	III	24	27,5	19	11	9,5	8	35	50	3120
72	922	Mädch.	reif	II	26	29	20	12	9,5	7,5	36	49	3150
73	1356	„	„	II	26	29	20	11	9	8	34	50	3350
74	1467	„	„	II	25	26	19,5	12	9	7	36	50	3400
75	1558	„	„	VI	26	29	21	—	—	—	—	57	3780
76	1909 226	Knabe	IX Mon.	III	26,5	29	20	11	10	8	34	49	2880
77	368	Mädch.	reif	I	25	28	20	11	9	7,5	33	48	3020
78	405	„	„	I	27	31	20	10,5	9,5	7,5	34,5	50	3850
79	702	„	„	I	25	29	18,5	10,5	8,5	8	33	48	2800
80	959	Knabe	frühreif	I	22	28	18	9,5	8	7	28	40	1650
81	1058	Mädch.	IX Mon.	I	25,5	27,5	20	—	—	—	—	52	3400
82	1119	„	reif	V	25,5	33	20	11,5	9	8	33	48	2970
83	1133	„	„	III	26,5	29	20,5	11,5	9	8	34,5	50	3310
84	1451	Knabe	frühreif	I	25	27,5	20	11	9	8	33	48	2370
85	1504	Mädch.	reif	I	25	27	19	11	9	8	33	51	3200
86	1571	Knabe	„	VII	26,5	30	19	10,5	9	8	33,5	50,5	2720
87	1617	Mädch.	„	VI	26	29	19	11,5	9,5	8,5	33	51	3150
88	1620	Knabe	„	V	26	29,5	19	11,5	9,5	8	34,5	50	3400
89	1910 2	Mädch.	IX Mon.	I	24	26	18	11	8	7	34	52	3470
90	67	„	reif	VIII	27	29	20	11	8,5	8	34	49	3100
91	83	„	frühreif	III	26	29,5	20	9	8	7	31	47	2350
92	76	„	„	III	26	29	19	9	8	6	30	43,5	2220
93	90	„	reif	I	24	27,5	19	11	8	6,5	33	50	2600
94	301	Knabe	„	I	26,5	28,5	20,5	12	9	8	36	52,5	3760
95	334	Mädch.	„	I	27	28	19	11	7,5	7	32	50	2850
96	348	Knabe	„	IV	27	31	20	12	8,5	7,5	35	49	3180
97	548	Mädch.	frühreif	IV	26	28	19	11	8,5	8	31	45	2150
98	827	Knabe	reif	II	23,5	30,5	20	11,5	9	8,5	36	50	3700
99	869	Mädch.	„	II	28,5	30	20	11	9	8,5	35	50	3300
100	1148	Knabe	„	III	24	29	20	11	9	7	36	49	3150
101	1469	Mädch.	„	IV	24	27,5	20	11,5	9	8,5	34	53	4500
102	1911 4	Knabe	frühreif	II	23	26	19	10	7	6	30	42	1650
103	105	„	„	III	22,5	25	20	11	9	7	34	46	2640
104	202	„	IX Mon.	VII	25	28	19	10,5	9	7	34	49	2870
105	567	Mädch.	reif	I	26,5	30	20,5	12	9	7,5	34,5	49	3080
106	599	Knabe	frühreif	I	25	28	20	11	8	7,5	32	46	2120

Geburtsdauer			Geburtsverlauf				Bemerkungen
Eröffnungs-periode	Austreibungs-periode	Nachgeburts-periode	Stellung des Kindes	Verhalten der Wehen	Verletzungen	Operationen	
8 St. 15 M.	1 St. 25 M	— St. 10 M.	II	kräftig	Dammriss	keine	
2 „ — „	— „ 15 „	— „ 50 „	I	„	keine	„	
24 „ 40 „	— „ 15 „	— „ 15 „	I	„	„	Episio-tomie	
14 „ 30 „	— „ 20 „	— „ 30 „	I	„	Dammriss	keine	
8 „ — „	3 „ 50 „	— „ 30 „	I	„	keine	„	Kind tot. Maceriert.
7 „ 30 „	2 „ — „	— „ 20 „	II	schwach	„	„	
	1 „ 15 „	— „ 55 „	I	kräftig	„	Episio-tomie	
29 „ 30 „	5 „ 30 „	— „ 15 „	I	„	Dammriss	Zange	
14 „ 30 „	— „ 45 „	— „ 15 „	I	„	keine	Episio-tomie	
9 „ 30 „	2 „ 20 „	— „ 30 „	II	„	„	keine	
54 „ — „	10 „ 40 „	1 „ — „	II	schwach	Dammriss	„	
9 „ 30 „	— „ 15 „	— „ 15 „	I	kräftig	keine	„	
2 „ 30 „	— „ 15 „	1 „ 30 „	II	„	„	„	
12 „ 45 „	5 „ 30 „	— „ 25 „	I	schwach	„	Zange	
19 „ — „	— „ 45 „	1 „ 5 „	II	kräftig	„	keine	
8 „ 30 „	— „ 30 „	— „ 35 „	II	„	„	„	
19 „ 15 „	3 „ 50 „	— „ 15 „	I	„	Dammriss	„	
12 „ — „	— „ 10 „	— „ 40 „	I	„	keine	„	
26 „ — „	40 „ 20 „	— „ 20 „	II	„	Dammriss	Zange	
8 „ 5 „	1 „ 45 „	— „ 40 „	II	„	keine	keine	
14 „ 30 „	— „ 15 „	— „ 20 „	II	„	„	„	
6 „ 45 „	— „ 10 „	1 „ 40 „	II	„	„	„	
7 „ — „	1 „ 15 „	1 „ 5 „	I	„	„	„	
46 „ — „	10 „ 35 „	1 „ 35 „	I	„	„	„	
64 „ — „	1 „ 35 „	1 „ 10 „	II	„	„	„	
15 „ 55 „	— „ 15 „	— „ 30 „	II	„	„	„	
6 „ 40 „	— „ 30 „	— „ 15 „	II	„	„	„	
2 „ 15 „	— „ 10 „	— „ 10 „	II	„	„	„	
7 „ 30 „	3 „ 45 „	— „ 45 „	I	„	„	„	
7 „ 20 „	— „ 25 „	— „ 5 „	I	„	„	„	
11 „ 45 „	1 „ — „	— „ 15 „	I	„	„	„	
10 „ 50 „	— „ 25 „	— „ 10 „	II	„	„	„	Kind tot. Asphyxie.
7 „ 40 „	— „ 55 „		I	„	Dammriss	„	
7 „ 50 „	— „ 30 „	— „ 5 „	II	„	keine	„	
16 „ 30 „	2 „ 35 „	— „ 50 „	I	„	„	Episio-tomie	
22 „ — „	2 „ 20 „	— „ 40 „	II	„	„	„	

Laufende Nr.	Journal-Nr.	Geschlecht des Kindes	Dauer der Schwangerschaft	Wievielte Geburt	Beckenmass			Kindermass					
								Kopfmass					
					Dist. Spinata	Dist. Cristata	Conjug. externa	Gerader Durchmesser	Gross. querer	Kl. querer	Umfang des Kopfes	Länge des Kindes	Gewicht
107	1911 813	Knabe	reif	I	32	29	31,5	11	9,5	7,5	33	51	3550
108	820	„	„	I	26	29	20	11	8,5	7,5	33	51	3050
109	1220	Mädch.	„	I	23,5	28,5	20,5	11,5	9,5	6,5	34	51	3800
110	1399	„	„	III	26	29	20,5	11,5	9	7,5	34	51	3300
111	1926	„	frühreif	I	23	27	18,5	9	9	8,5	32	47	2400
112	1606	Knabe	reif	III	27	30,5	19	11	9,5	7,5	34	48	3115
113	1696	Mädch.	„	VIII	26,5	30	20,5	11	9	7	34	49	2900
114	1912 25	„	„	V	26,5	29	20,5	11	8,5	7,5	32	50	3050
115	37	Knabe	„	IV	25	29	20	11	8,5	8	32	50	3100
116	64	„	IX Mon.	I	27,7	30	25	11	9	8,5	35	50	3800
117	91	Mädch.	„	II	27,5	30	21,5	11	9	8	35	50	3820
118	1164	Knabe	reif	I	—	—	—	11	8	9	35	51	3156
119	1478	„	„	I	29,5	31,5	20	11	9,5	7,5	35	51	3100
120	1552	„	„	I	25	29	21	11	9	7,5	36	50	3250
121	1586	Mädch.	IX Mon.	III	24	27,5	19	11	9	7,5	36	50	3600
122	1618	„	frühreif	III	23	27	20	11	9	7,5	33	47	2640
123	1695	„	reif	II	25	30	20	11	9	8	36	51	3850
124	1742	Knabe	frühreif	I	24	29	23	10	9	8	33	47	2445

Geburtsdauer			Geburtsverlauf				Bemerkungen
Eröffnungs-periode	Austreibungs-periode	Nachgeburts-periode	Stellung des Kindes	Verhalten der Wehen	Verletzungen	Operationen	
10 St. 30 M.	1 St. 25 M.	— „ 25 „	II	kräftig	keine	keine	
9 „ 15 „	— „ 25 „	— „ 10 „	II	„	Dammriss	„	
10 „ 30 „	1 „ 50 „	„ 40 „	II	„	keine	Episio-tomie	
6 „ 30 „	— „ 50 „	— „ 20 „	II	„	„	keine	
13 „ — „	4 „ 45 „	— „ 40 „	I	„	„	Episio-tomie	
30 „ — „	— „ 25 „	— „ 45 „	II	„	Dammriss	keine	
8 „ 10 „	— „ 30 „	— „ 45 „	II	„	keine	„	
4 „ 15 „	— „ 15 „	— „ 45 „	II	„	„	„	
9 „ 30 „	— „ 55 „	— „ 25 „	II	„	„	„	
9 „ — „	1 „ 10 „		I	„	„	„	
7 „ — „	3 „ 20 „	— „ 20 „	II	„	Dammriss	Zange	
13 „ — „	1 „ 15 „	— „ 25 „	I	„	„	„	
12 „ 30 „	8 „ 30 „		II	„	keine	„	
9 „ 30 „	2 „ — „	1 „ 10 „	I	„	Dammriss	keine	
7 „ — „	— „ 45 „	— „ 45 „	I	„	„	Zange	
5 „ — „	2 „ 30 „	1 „ — „	I	„	keine	keine	
9 „ 45 „	— „ 35 „	— „ 35 „	I	„	„	„	
17 „ 35 „	— „ 55 „	1 „ 45 „	II	„	„	„	

Günstige Art von

Laufende Nr.	Journal-Nr.	Geschlecht des Kindes	Dauer der Schwangerschaft	Wievielte Geburt	Beckenmass			Kindermass					
					Dist. Spinata	Dist. Cristata	Conjug. externa	Kopfmass			Umfang des Kopfes	Länge des Kindes	Gewicht
								Gerader Durchmesser	Gross. querer	Kl. querer			
1	1899 49	Mädch.	IX. Mon.	III	26	29	20,5	11	10	8,25	35	52	3830
2	708	„	frühreif	II	25,5	29	19	10	8	6,5	31	49	2250
3	783	Knabe	IX. Mon.	IV	24	27	19,5	11	9	7	33	52	3350
4	1900 187	Mädch.	X. Mon.	V	27	29	19	11	9	7	33	51	3440
5	1901 613	„	reif	III	25	27	21	10,5	8	7	33,5	51	3370
6	893	„	Ende IX	III	27	34	21	11	11	7	35	51	3670
7	898	„	Ende X	I	26	30,5	—	10	8,5	7	32	47	2750
8	1902 15	„	IX. Mon.	II	27	31	20	11	9	8	35	50	2830
9	1903 887	„	reif	I	26	30,5	20,5	12	9	8	35	51	3230
10	1904 74	„	unreif	I	—	—	—	10	8	5,5	30,5	47	2700
11	84	Knabe	reif	III	24	28	19	11	9	8,5	34	52	3350
12	144	„	„	VI	26	29	22	12	9,5	8,5	35	50	4050
13	207	„	frühreif	II	27	27	18,5	10	8	7	35	48	2600
14	813	„	IX. Mon.	II	29	31	21,5	11,5	9	8	34	50	3800
15	1077	Mädch.	reif	I	29,5	30	19	11	9	7,5	32	50	3270
16	1208	„	frühreif	II	29	31	21,5	11	9	8	34	46,5	2870
17	1905 268	„	reif	I	25,5	28	19,5	11	9	8	35	49	3220
18	1906 457	„	„	III	22	27	—	12,5	10	8	37	50	3050
19	1208	Knabe	frühreif	I	27	31,5	20,5	11	8,5	7	32	45	2270
20	1907 1362	„	IX. Mon.	II	24,5	26,5	21	10	9	7	32	50	3150
21	1378	„	VIII. Mon.	III	23,5	26	21	11	9	6,5	33	48	2780
22	1492	„	frühreif	IV	23	29	20	11	9	8	34	50,5	3110
23	1908 664	Mädch.	reif	I	26	30	20	11	9	8	34	40	3140
24	1332	„	„	II	28,5	29,5	19	11	8,5	7	34	48	3080
25	1405	„	„	I	—	—	—	12,5	10,5	9	37	54	3900
26	1909 225	Knabe	IX. Mon.	II	25	29,5	21	10,5	9	7,5	34,5	49	2900
27	928	Mädch.	reif	II	27,5	29,5	20	11	10,5	9,5	35	49,5	3000
28	1167	„	„	I	30	31,5	26	11,5	9,5	8,5	35	—	—
29	1196	„	„	I	24	28	19,5	12	9	8	35	49	3300
30	1910 927	„	„	I	25	29,5	18,5	11	9	8	34	48	3000
31	1015	„	„	I	27	29	19	11,5	9	8	35	49	3200
32	1059	Knabe	„	I	23,5	26,5	19	10,5	9,5	8,5	33	51	3400
33	1739	„	„	I	29	31,5	20	10	9,5	8	33	49	3400
34	1911 128	„	frühreif	I	26	29	20	9	8	6	28	45	1870
35	1089	„	reif	I	26	29,5	19	11,5	8,5	7,5	32,5	52	3550

Vorderhauptslage.

Geburtsdauer			Geburtsverlauf				
Eröffnungsperiode	Austreibungsperiode	Nachgeburtsperiode	Stellung des Kindes	Verhalten der Wehen	Verletzungen	Operationen	Bemerkungen
3 St. 45 M.	— St. 20 M.	— St. 30 M.	II	kräftig	keine	keine	
		— „ 10 „	II	schwach	Dammriss	Zange	
3 „ 40 „	1 „ 30 „	— „ 30 „	II	kräftig	keine	keine	
2 „ 55 „	1 „ 5 „	— „ 5 „	II	„	„	„	
2 „ 35 „	13 „ 25 „	— „ 20 „	II	„	Dammriss	„	
3 „ 15 „	6 „ 50 „	— „ 25 „	I	„	„	„	
2 „ — „	1 „ 45 „	— „ 30 „	I	„	Scheideriss	„	
8 „ 30 „	2 „ 15 „	— „ 15 „	II	„	keine	„	
	8 „ 45 „	— „ 30 „	I	„	Dammriss	„	
	3 „ 25 „	— „ 5 „	II	„	„	Hohe Zange	Mutter u. Kind gest. Asphyxie
1 „ 55 „	— „ 5 „	— „ 48 „	I	„	„	keine	Kind tot. Asphyxie
9 „ — „	1 „ — „	1 „ 30 „	II	„	keine	„	
14 „ — „	— „ 5 „	— „ 45 „	II	„	„	„	Schattenbecken
18 „ 15 „	— „ 45 „	— „ 50 „	I	„	„	„	
10 „ 10 „	— „ 10 „	— „ 20 „	II	„	„	„	
2 „ 15 „	— „ 20 „	— „ 40 „	I	„	„	„	
22 „ — „	14 „ 45 „	— „ 35 „	II	„	„	Zange Episiotomie	
14 „ 30 „	7 „ 10 „	— „ 10 „	I	„	Dammriss	Zange Pubiotomie	
8 „ — „	1 „ 5 „	1 „ 50 „	I	„	„	keine	
9 „ — „	— „ 40 „	1 „ — „	I	„	keine	„	
8 „ 25 „	— „ 10 „	1 „ 10 „	II	schwach	„	„	
8 „ 15 „	— „ 15 „	1 „ 35 „	II	kräftig	„	„	
8 „ 5 „	7 „ 5 „	— „ 50 „	I	„	„	„	
27 „ — „	— „ 35 „	— „ 20 „	II	„	„	„	
62 „ 10 „	— „ 10 „	— „ 10 „	II	schwach	Dammriss	Zange	
10 „ — „	— „ 30 „	— „ 50 „	I	kräftig	keine	keine	
15 „ 30 „	— „ 45 „	— „ 55 „	I	schwach	„	„	
17 „ 55 „	— „ 40 „		I	kräftig	„	„	
		— „ 30 „	II	„	„	„	
10 „ — „	2 „ 30 „	1 „ 5 „	II	schwach	Dammriss	„	
		— „ 15 „	II	kräftig	„	Zange	
20 „ — „	1 „ — „	— „ 20 „	II	„	keine	keine	
43 „ 15 „	3 „ 15 „	— „ 20 „	II	schwach	Dammriss	Zange	
26 „ 50 „	— „ 55 „	1 „ 25 „	I	kräftig	keine	keine	
12 „ — „	2 „ 40 „	1 „ 5 „	I	„	„	„	

Zwillingsgeburten bei

Laufende Nr.	Journal-Nr.	Geschlecht des Kindes	Dauer der Schwangerschaft	Wievielte Geburt	Beckenmass			Kindermass					
					Dist. Spinata	Dist. Cristata	Conjug. externa	Kopfmass			Umfang des Kopfes	Länge des Kindes	Gewicht
								Gerader Durchmesser	Gross. querer	Kl. querer			
1	1899 923	Mädch.	Mitte X	I	29	31	21	11	9	7	32	49	2660
2	1900 239	„	„ IX	II	29	29,5	20	11	8	6	32	46	2190
3	662	Knabe	IX Mon.	I	25	29	19,5	12	8	6	31	41	1740
4	1902 20	„	VIII „	II	26	30	20	10	8	7	33	44	2080
5	726	Mädch.	IX „	III	26	29	20,5	10	8	7,5	32	48	2320
6	1903 648	„	VIII „	III	26	27	20	10	8	7	30	46	2220
7	1904 542	„	IX „	VII	27	29	19,5	11,5	9,5	7,5	33,5	47	2770
8	1905 98	Knabe	Frühgeb.	I	27	28	20,5	9	8	6	27	37	1220
		Mädch.						9,5	8	6,5	28	40	1300
9	248	Knabe	VIII Mon.	I	26,5	29,5	20,5	11	9	8	35	45	2020
10	1906 621	Mädch.	Frühgeb.	III	27	29,5	20	10	8,5	7	32	41	2150
11	749	Knabe	Ende IX	I	26	29	19,5	10	9,5	8,5	32	48	2320
12	878	Mädch.	Frühgeb.	II	26	28,5	19	9	6,5	6	—	37	999
13	1907 55	„	„	II	26	28,5	21	11	9	7,5	33	45,5	2500
14	1084	„	Ende IX	III	—	—	—	—	—	—	—	41	1750
15	1106	Knabe	„ IX	I	28,5	31	21	—	—	—	—	51	1350
16	1447	Mädch.	Mitte VIII	I	27,5	29,5	19	10,5	8,5	6,5	30	42	1500
17	1909 1115	„	IX Mon.	IV	—	—	—	—	—	—	—	48	2570
18	1910 709	„	VII „	IV	—	—	—	—	—	—	—	42	1720
19	767	Knabe	VII „	I	27	26,5	20	9	7	6	30,5	39	1300
20	1330	„	Ende IX	III	27	26,5	20,5	11	8	7	33	44	2200
21	1912 254	Mädch.	frühreif	I	25	29	19	9	8	8	29	40	1270
		„						9	9	7	29	40	1450
22	952	„	„	I	24	26	21	11	8,5	7	34	46	2800

Vorderhauptslage.

Geburtsdauer			Geburtsverlauf				Bemerkungen
Eröffnungsperiode	Austreibungsperiode	Nachgeburtsperiode	Stellung des Kindes	Verhalten der Wehen	Verletzungen	Operationen	
		1 St. 30 M.	II	kräftig	keine	keine	I Kind
26 St. 45 M.	— St. 25 M.	— „ 30 „	I	„	„	„	II „
	7 „ 40 „	— „ 35 „	I	„	„	„	I „
3 „ 30 „		— „ 20 „	II	„	„	„	I „
11 „ 30 „	2 „ 40 „	1 „ 5 „	II	„	„	„	II „
3 „ — „	1 „ 10 „	— „ 20 „	II	„	„	„	II „
5 „ — „	2 „ — „	— „ 15 „	II	„	„	„	I „
10 „ 45 „	3 „ 20 „	3 „ 10 „	I II	„ „	„ „	„ „	Beide in V.H.L.
107 „ 30 „		— „ 10 „	I	„	Dammriss	Zange	I Kind von Blutung gestorben
23 „ 50 „	2 „ 50 „	— „ 10 „	II	„	keine	keine	II Kind
34 „ — „	4 „ 55 „	1 „ 55 „	I	„	Dammriss	„	I „
2 „ 50 „	— „ 50 „	— „ 10 „	I	„	keine	„	II K.; ist gestorb. an Adhynamie
5 „ — „	1 „ — „	— „ 5 „	I	„	Dammriss	„	II Kind
			II	„	keine	„	II „
1 „ 30 „	13 „ 40 „	3 „ 35 „	II	schwach	Dammriss	„	II Kind; tot an Asphytie
4 „ 45 „	2 „ 20 „	— „ 15 „	II	kräftig	„	„	I Kind
			II	„	keine	„	II „
			II	„	„	„	I „
16 „ 10 „	6 „ 20 „	— „ 30 „	I	„	„	„	I „
2 „ 20 „	— „ 55 „	— „ 5 „	II	schwach	„	„	II „
8 „ 15 „	— „ 25 „	— „ 10 „	I II	kräftig „	„ „	„ „	Beide in V.H.L.
11 „ 30 „	1 „ 55 „	— „ 5 „	I	„	Dammriss	„	II Kind

Ich erlaube mir, die Gelegenheit zu benützen, um die angenehme Pflicht gegenüber meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. v. Herff zu erfüllen und ihm den verbindlichsten Dank für die Ueberlassung des Themas und Materials auszusprechen.

Literatur.

M. Stumpf. Der Mechanismus der Geburt.

J. Veit. Ueber Vorderhauptslage. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Band XIII, Heft I.

Otto von Weiss. Zur Behandlung der Vorderscheitellagen. Sammlung klinischer Vorträge No. 6, Leipzig 1892.

Kehrer. Die Geburten in Schädellagen mit rückwärts gerichtetem Hinterhaupt. Giessen 1852.

C. Hecker. Beobachtungen und Untersuchungen aus der Gebäranstalt zu München. Leipzig 1861.

Joh. Meyer. Zur Behandlung der Geburt in Schädellage mit nach hinten gerichtetem Hinterhaupt. Archiv für Gynäkologie. 1891, XI, I, S. 26.

Winckel. Lehrbuch der Geburtshilfe.

Bumm. Grundriss der Geburtshilfe.

Hugo Sellheim. Die Physiologie der weiblichen Genitalien. Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Hagel 1906.